PREMIUM SAÚDE

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Plano

10- Empresa

11 - Validade da Carteira

12 - Cartão Nacional de Saúde

13 - Nome

14 - Telefone

15 - Nome do titular do plano

16 -Atendimento a RN

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17 - Nome do Profissional Solicitante

18 - Número no CRO

19 - UF

20 - Código CBO

21 - Código na Operadora

22 - Nome do Contratado Executante

23 - Número no CRO

24 - UF

25 - Código CNES

26 - Nome do Profissional Executante

27 - Número no CRO

28 - UF

29 - Código CBO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados

	30-Tabela	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtde	36-Qtde US	37-Valor R$	38-Franquia (R$)	39-Aut	40-Cod. Negativa	41-Data de Realização	42-Assinatura
01-													
02-													
03-													
04-													
05-													
06-													
07-													
08-													
09-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													
16-													
17-													
18-													
19-													
20-													

43 - Data de Término do Tratamento

44 - Tipo de Atendimento

45 - Tipo de Faturamento

46 - Total Quantidade US

47 - Valor Total (R$)

48 – Valor Total Franquia (R$)

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda, que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49 – Observação / Justificativa

50–Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51–Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

52- Data da assinatura do Cirurgião-Dentista

53- Assinatura do Cirurgião-Dentista

54-Data da assinatura do Beneficiário ou Responsável

55-Assinatura do Beneficiário ou Responsável

56– Data do carimbo da empresa